UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER **N° 42**

FACULTÉ DE MÉDECINE

LA

VOIE COCCY-PÉRINEALE

(Technique)

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Le 10 Mars 1911

PAR

M. Paul FIOLLE

INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE

Né à Pertuis (Vaucluse), le 25 Mai 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

TÉDENAT, Professeur, *Président.*
De ROUVILLE, Prof. adjoint
JEANBRAU, Agrégé
RICHE, Agrégé
Assesseurs.

MARSEILLE
IMPRIMERIE MÉRIDIONALE
119, Boulevard National, 119

1911

LA
VOIE COCCY-PÉRINÉALE
(Technique)

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER **N° 42**

FACULTÉ DE MÉDECINE

LA

VOIE COCCY-PÉRINEALE

(Technique)

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Le 10 Mars 1911

PAR

M. Paul FIOLLE

INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE

Né à Pertuis (Vaucluse), le 25 Mai 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

ACAD. MONTPELLIER BIBL.

Examinateurs de la Thèse

TÉDENAT, Professeur, *Président.*
De ROUVILLE, Prof. adjoint
JEANBRAU, Agrégé
RICHE, Agrégé
Assesseurs.

MARSEILLE
IMPRIMERIE MÉRIDIONALE
119, Boulevard National, 119

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)..... DOYEN.
SARDA..... ASSESSEUR.
IZARD..... SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseignement de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (✲).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv....	MAIRET (✲).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (✲).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales.....	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire.*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	VIRES, agrégé libre.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologie.....	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.....	PUECH, prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof. adj.
Medecine opératoire.....	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. LAGRIFFOUL	MM. DERRIEN
VEDEL	GAUSSEL	MASSABEAU
SOUBEYRAN	RICHE	EUZIÈRE
GRYNFELTT Ed.	CABANNES	LECERCLE
LEENHARDT	DELMAS (Paul)	

Examinateurs de la Thèse

MM. TEDENAT, *président.* | MM. JEANBRAU, *agrégé.*
DE ROUVILLE, *prof. adj.* | RICHE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

DU MÊME AUTEUR :

Un cas de Papillome du bassinet. (En collaboration avec M. le Pr ESCAT), *Marseille Médical*, Mai 1910.

Modification aux procédés actuels de drainage de la vessie, avec le Dr JEAN FIOLLE, (Annales des maladies des organes génito urinaires) 1910.

Le drainage et l'irrigation continue de la vessie, avec le Dr JEAN FIOLLE, (Gazette des Hôpitaux), Mai 1910.

Les tumeurs primitives du bassinet et de l'urétère, avec le Dr JEAN FIOLLE. (Bulletins et mémoires société médecine de Vaucluse), Mai 1910.

Chirurgie des organes génitaux profonds de l'Homme abordés par une voie Coccy périneale, (Marseille Médical), Juillet 1910.

Note sur les Polypes malins de l'utérus, (Marseille Médical), Août 1910.

Les néoplasmes du bassinet et de l'urétère, avec le Dr JEAN FIOLLE, (Gazette Hôpitaux), Décembre 1910.

Les Patibulaires, (Mœurs Médicales), avec Dr JEAN FIOLLE, 1 volume à 3.50 (Union Française d'Edition).

Résection du Pubis pour Tuberculose osseuse, avec M. le Dr IMBERT. (Marseille Médical), Février 1911.

Note sur l'Incision hypogastrique dans la prostatectomie. (Marseille Médical), Février 1911.

« Je hais tout ce qui est « cœur » imprimé, mis sur du papier. »

E. et J. de Goncourt. (*Journal des Goncourt*).

Volontiers, je crie mes inimitiés et mes haines; mais publier mes sentiments de reconnaissance et mes affections me répugne. Ceux qui me sont chers excuseront, j'espère, cette pudeur.

Paul FIOLLE.

I

Il m'a semblé possible d'atteindre divers organes pelviens par une *Voie Coccy-périnéale*. J'ai donc entrepris des recherches cadavériques dont j'ai déjà publié les résultats dans une courte note au *Marseille Médical* du 15 juillet 1910. Depuis, quatre des opérations que j'indiquais ont été pratiquées avec des résultats variables par M. le P[r] Delanglade, mon maître, par mon frère, le D[r] Jean Fiolle et par moi-même.

C'est la technique de ces interventions et leur résultat que je veux décrire ici. J'indiquerai aussi, à mesure, les autres opérations que je crois possibles par la voie Coccy Périnéale.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534902_0088

TECHNIQUE GÉNÉRALE

de la

VOIE COCCY-PÉRINÉALE

I. — SOINS PRE-OPERATOIRES. — Il est nécessaire pour avoir un large jour sur les organes pre rectaux de vider complètement le rectum. Par conséquent le malade sera purgé abondamment. Le matin même de l'opération une grande entéroclyse lui sera donnée.

II. — OPERATION. — Malade couche sur le *flanc droit*, le membre inférieur droit sur extension, la cuisse gauche fléchie sur le bassin, la jambe fléchie sur la cuisse. Il est préférable d'avoir deux aides, l'opérateur se plaçant avec l'un d'eux du côté du dos, l'autre du côté du ventre.

Anesthésie et aseptie par les moyens ordinaires.

A. Incision cutanée. — *a. Points de repère.* — Articulation sacro coccygienne et tubérosité de l'ischion gauche.

b. Incision curviligne partant de la face interne de l'ischion gauche suivant le bord inférieur du grand ligament sacro sciatique passant au niveau de l'articulation sacro coccygienne et se terminant à deux centimètres à droite de cette articulation.

Fig. 1. — Incision coccy périnéale. Tracé de l'incision cutanée (1).

B. L'Incision des parties profondes se fait suivant le même tracé de gauche à droite. On sectionne ainsi quelques fibres du grand fessier, l'aponevrose périnéale superficielle, le releveur de l'anus et l'ischio coccygien du côté gauche. Continuer alors l'incision à droite en desinsérant le coccyx. L'index gauche appuyant sur son sommet fait saillir sa base et bailler pour ainsi dire l'articulation sacro coccygienne.

(1) (Les figures que nous reproduisons sont extraites du *Marseille-Médical* du 15 juillet 1910. Les quatre premières sont dûes à l'obligeance de mon ami le Dr Maurin).

Section des ligaments postérieurs et latéraux. La pointe du coccyx bascule complètement en avant. Le bistouri coupe alors les ligaments antérieurs en rasant la face antérieure du coccyx. Deux jets de sang : Ce sont les terminaisons des sacrées latérales qui sont pincées et immédiatement liées.

L'incision est continuée de deux centimètres à droite.

Devant les yeux on a alors l'aponevrose périnéale profonde. Incision à gauche. L'index gauche reconnaît les parties profondes et guide le bistouri comme l'on fait pour le péritoine au cours d'une laparotomie.

Ce temps opératoire pratiqué, on voit alors un espace celluleux limité en haut par le péritoine, en bas et sur les côtés par le plancher pelvien, en avant par la vessie chez

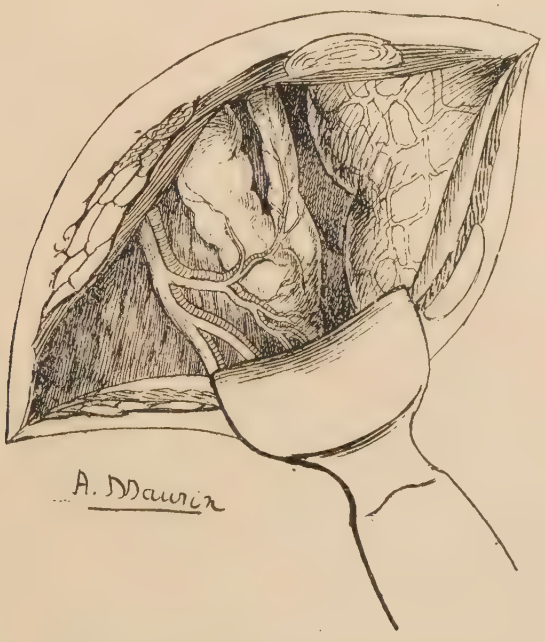

Fig. 2. — Incision terminée. Le lambeau inférieur légèrement replié laisse voir le rectum à gauche et dans le fond la vésicule seminale et le déférent gauches.

l'homme, le vagin chez la femme. Dans cet espace se trouvent divers organes, rectum et vaisseaux hémorroïdaux moyens, vésicule séminale, canaux déférents, prostate et vaisseaux vésico-génitaux sur lesquels peut porter l'action chirurgicale.

C. *Découverte des divers organes.* — Sauf le rectum qui est sous les yeux de l'opérateur, les autres organes, vessie, prostate, etc., chez l'homme, vagin, utérus chez la femme sont séparés de lui par le tissu celluleux lache de la région et le rectum lui-même. Or ce dernier organe est normalement dévié à droite; un doigt dilacère, le tissu celluleux sur son bord gauche et l'isole ainsi avec une facilité remarquable. On arrive ainsi sans délabrements, sans difficulté sur les organes que l'on veut atteindre. Pour ce qui est de l'aponévrose de Denonvilliers, je ne l'ai jamais rencontrée. Ceci étant fait, on place une large valve sur le lambeau inférieur coccy-périnéal et un écarteur repousse à droite le rectum en l'aplatissant. On a ainsi sur les divers organes *un accès très large* et les divers chirurgiens à qui j'ai montré mon procédé en ont unanimement été étonnés. La plaie prend un aspect absolument circulaire, aucune place n'étant perdue. Il est alors facile de pratiquer une des opérations indiquées plus loin.

D. Suture. — Je crois qu'il vaut toujours mieux drainer et pour ce, mettre un gros drain de caoutchouc au niveau de l'angle gauche de la plaie. Ceci fait, la suture est très simple. Points profonds en U au catgut prenant aponévroses et muscles. Point en U également rapprochant les suitouts fibreux rétro-coccygiens et rétro-sacrés pour réunir les deux os. Points cutanés aux crins.

III. PANSEMENT. — Un bandage en T, puis un spica postérieur. Appliquer contre la fesse gauche un gros tampon de ouate pour combler les espaces morts.

IV. — SOINS POST OPERATOIRES. — Decubitus latéral. Extrait thébaïque pendant quelques jours, puis purgatif.

Ablation du drain après 48 heures.

Lever rapide.

Des troubles sphinctériens semblent à craindre. Cette crainte que j'ai eue n'est pas fondée. Les quatre observations qui suivent le montrent bien.

TECHNIQUE DES OPÉRATIONS

pratiquée par

LA VOIE COCCY-PÉRINÉALE

I. RECTUM, CUL-DE-SAC PERITONEAL. — Les opérations portant sur le rectum sont trop bien étudiées depuis Kraske pour que je m'y appesantisse. Toutefois je crois que dans certains cas la voie Coccy périnéale peut être préférable à la voie sacrée.

. *Fistules recto vaginales.* — Je pense par exemple que pour certaines *fistules recto vaginales* hautes il est préférable d'aborder les organes par là. Il sera facile de disséquer la fistule, de la fermer de chaque côté et d'interposer entre les deux sutures vaginale et rectale un organe : le Douglas abaissé ou mieux un lambeau musculo aponévrotique pris sur le releveur et l'opnévrose périnéale profonde.

. *Anastomose recto sigmoïde.* — Cette opération a été souvent faite par voie sacrée. On peut la pratiquer avec avantage par voie Coccy périnéale comme le montre l'observation suivante.

OBSERVATION N° I. (Résumée)

(*Collection du Douglas colpotomie. Cicatrice enserrant le rectum. Laporotomie exploratrice. Anus iliaque d'urgence. Anastomose recto sigmoïde par voie Coccy périnéale. Guérison.*

V. M., 38 ans, Hôtel Dieu, salle Cazaulx, n° 20.

Le début remonte à huit mois, dit la malade. Après le dernier accouchement elle nourrit pendant vingt-trois mois. Un mois après la cessation de l'allaitement, réapparition des règles coïncidant avec un amaigrissement notable. Au mois de juin, coliques, douleurs, arrêt des matières fécales. Le 12 juillet, incision par M. le Dr Poucel du cul-de-sac postérieur. Amélioration immédiate qui dure peu.

Entre le 7 septembre 1910 dans le service de M. le Dr Roux de Brignoles un état d'occlusion chronique.

Le 16 septembre, mon frère, le Dr Jean Fiolle, appelé d'urgence, pratique pendant la nuit une laparotomie exploratrice et découvre une gangue cicatricielle dans le Douglas enserrant le rectum et *inextirpable*. Il referme et pratique un anus iliaque gauche. L'état redevient rapidement bon.

Le 9 novembre, incision coccy périnéale (Dr J. Fiolle), recherche et ouverture du Douglas. L'anse sigmoïde est attirée par l'orifice, mais très difficilement car elle est fixée d'un côté par la sténose cicatricielle, de l'autre par l'anus iliaque. Abouchement latéro-latéral à la soie de cette anse au rectum. Drain mousse. Réfection paroi.

Suites opératoires. — Aucun shock. Drain enlevé après 48 heures.

Production après quatre jours d'une fistule stercorale. Le reste de la plaie se cicatrise.

Chose à noter, la traction exercée sur l'anse sigmoïde efface l'éperon de l'anus iliaque qui se ferme petit à petit. Les matières dures moulées très volumineuses passent par l'anus normal. La fistule stercorale est fermée complètement deux mois après l'opération.

Drainage du Péritoine. — On peut par voie coccy périnéale ouvrir et drainer le péritoine au niveau du Douglas comme le fait M. Jaboulay.

II. ORGANES GENITAUX PROFONDS DE L'HOMME.

A. Prostatectomie. — La prostate mise à nu, on voit un plexus artério veineux périprostatique auquel aboutissent de chaque côté les vaisseaux prostatiques, branches des vésico génitales. Ils sont préalabement pincés et liés comme les utérines dans l'hystérectomie. Ouverture de la loge prosta-

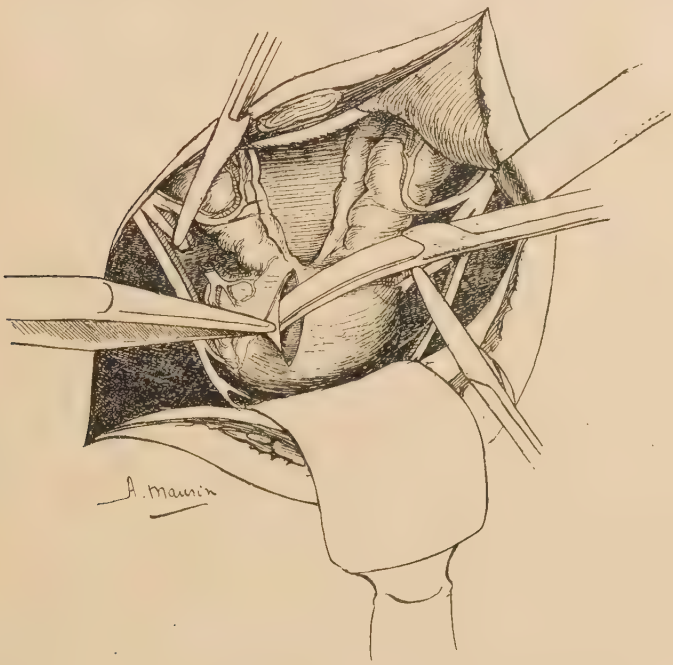

Fig. 3. — Prostatectomie coccy périnéale. Vaisseaux prostatiques prealablement pincés. Loge prostatique ouverte. Les ciseaux courbes amorcent le décollement de la glande.

tique, section au ciseau de l'urèthre membraneux, dissection de la glande, section aux ciseaux de ses attaches vésicales. Un gros drain de Freyer est placé dans la vessie, un autre plus petit dans l'espace celluleux pelvirectal. Ils sortent par l'angle gauche de la plaie.

B. Vésiculectomie Déférentectomie. — Mise à nu de ces organes. Ouverture de leur loge fibreuse, ablation au ciseau et à la pince. On peut suivre le déférent presque jusqu'au

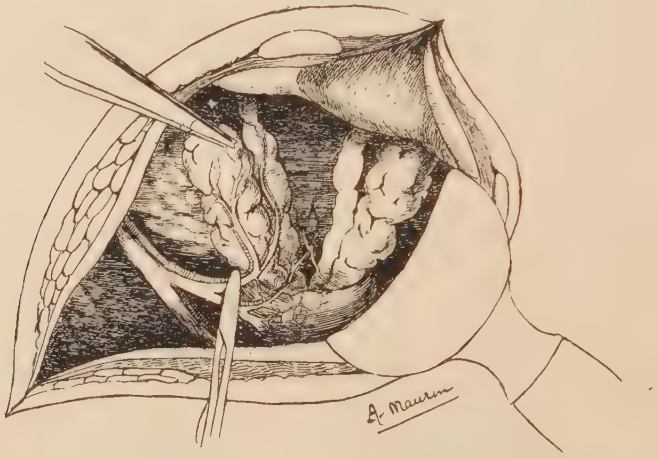

Fig. 4. — *Vésiculectomie*, pincement de la vésiculo déférentielle. Une pince à disséquer soulève la base de la vésicule.

canal inguinal. J'ai fait moi-même une vésiculectomie par voie coccy périnéale dans le service et sous la direction de mon maître, M. le Dr Delanglade.

OBSERVATION N° 2 (Résumée)

Cowpérite tuberculeuse incisée. Ostéite bacillaire du calcanéum gauche. Tuberculose génitale. Ablation du testicule gauche et de l'épididyme droit. Vésiculectomie. Guérison apparente de dix mois, puis méningite tuberculeuse. Mort.

P. F., 30 ans, salle Moutaud, 14. Service de M. le Pr Delanglade. Antécédents : péritonite sans doute bacillaire et pleurésie droite.

Deux ans avant son entrée, fièvre typhoïde. Depuis, mauvais état général.

En juin 1909, abcès périnéal urineux qui est ouvert le 22 juillet. L'incision va jusqu'à l'urèthre et ouvre le canal. Le malade urine par le périnée. La température qui était tombée remonte à nouveau. Oscillations entre 36°5 et 39°5. En même temps poussée d'ostéite calcanéenne aboutissant à la fistulisation.

Le 20 janvier, nouvelle incision périnéale évacuant un abcès (sans doute cowpérite). La température tombe. Mais à partir du mois de février, nouvelles oscillations thermiques. En même temps, tuméfaction testicule gauche qui se fistulise.

J'ai examiné ce malade le 30 mai. Etat général lamentable. Malade au lit depuis onze mois. Amaigrissement considérable. Poumons rien (Pr Laget, Dr Terras).

Les urines sont troubles, contiennent de l'albumine.

La palpation révèle une défense musculaire de la région rénale droite.

Testicule gauche fistulisé. Epididymite, léger épanchement vaginal. A droite épididymite.

Le toucher fut pratiqué par MM. Delanglade et Escat, mes maîtres; tous deux sentirent comme moi au niveau de la vésicule gauche un épaisissement dur volumineux qui fut diagnostiqué vésiculite.

Le 31 mai, j'opérai le malade dans l'espoir de l'améliorer, sinon de le guérir. 1° temps. Incision coccy périnéale. Vésiculectomie partielle gauche. Pas de lésions macroscopiques. Au dessous d'elle, sensation de dureté perçue auparavant par toucher rectal: Sans doute péricystite. Drainage paroi refermée. 2e Temps. Castration gauche, épididymectomie à droite.

Suites très bonnes, la température tombe à 37°, le lendemain la plaie périnéale se ferme, le malade engraisse et *se* lève pour la première fois depuis un an. Tout allait bien, mais

les urines étaient toujours troubles. Une cystoscopie allait être faite lorsque en décembre 1910 le malade est pris de céphalée, vomissements et meurt au milieu de symptômes de méningite tuberculeuse. Nécropsie impossible.

Indications. — Tuberculose génitale. Abcès chroniques, vésiculaires et périvésiculaires.

III. — ORGANES URINAIRES DE L'HOMME.

A. Vessie. — *a. Cystostomie* médiane au point déclive ? ? ?

b. Cystectomie partielle. — Il est remarquable de voir la facilité avec laquelle se répare une vessie suturée après une grosse perte de substance à la suite d'un tramautisme (coup de feu, etc.) Il semble donc naturel de répérer avec soin par cystoscopie le lieu d'implantation des papillomes vésicaux qui très souvent siègent près de la prostate en arrière et de les enlever avec le morceau de paroi vésicale à laquelle adhère leur base. Faire donc une résection elliptique et suturer à points *non perforants*. Sonde à demeure. Je crois que par ce procédé la guérison serait plus sûre que par tout autre.

Indications. — Tumeurs malignes et surtout *papillomes* de la vessie à implantation large.

B. Urétère inférieur. :

a Urétéro cystonéostomie dans le cas de tumeur de l'urétère inférieur ? ? ?

b Urétérectomie inférieure. — Dans les néphrectomies pour tuberculose rénale il advient souvent que le moignon urétéral infecté, soit l'origine d'abcès et de fistules interminables. Il est alors facile de l'extirper par voie coccy périnéale et si la cystoscopie montre une ulcération vésicale périnéterelle de compléter par

c Une Urétéro cystectomie.

d L'urétérotomie pour calcul enclavé près du rétrécissement inférieur de l'urétère sera facile. On pourra aussi le pousser dans la vessie sans ouvrir le conduit.

IV. — ORGANES GENITAUX DE LA FEMME

A. Vagin. Utérus. — J'ai déjà indiqué ce que d'après moi il convenait de faire pour certaines fistules recto-vaginales. Je n'y reviendrai pas.

Malgré l'observation qui suit, je crois que l'opération que je propose pour les prolapsus génitaux, peut rendre de grands services.

Prolapsus génitaux. — Certaines circonstances anatomo-pathologiques expliquent les prolapsus, ce sont: 1° l'insuffisance ou la déchirure du plancher pelvien;

2° La distension du vagin;

3° La rétroflexion utérine.

L'opération idéale doit donc tendre à refaire le plancher pelvien, retrécir le vagin, mettre l'utérus en anteversion, de façon à ce que l'organe présente à la filière génitale son plus grand diamètre qui s'opposera à sa descente. Un fœtus qui se présente par un pole. sommet ou siège. sera facilement expulsé tandis que s'il se présente par son grand axe (présentation du tronc), l'accouchement sera impossible. Il en est de même pour utérus en anteversion.

Toutes les opérations pratiquées jusqu'ici ne peuvent prétendre à corriger simultanément les trois dispositions pathologiques favorisant le prolapsus. De plus, les colporrhaphies, les myorrhaphies des releveurs sont faites en milieu septique (cavité vaginale périnée, etc.).

Technique. — 1° Réduction du prolapsus;

2° Incision coccy périnéale;

3° Isolement soigneux de la face postérieure du vagin et de la face supérieure des releveurs (temps très important) ;

4° Colporrhaphie postérieure. L'index gauche est introduit dans le vagin, la main étant recouverte d'un gant de Chaput. Des points *non perforants* au catgut prenant toute la paroi postérieure du vagin, retrécissent la cavité vaginale à volonté (Fig. 5) sur toute la hauteur du conduit. Les catguts sont immédiatement coupés sauf les deux points supérieurs ;

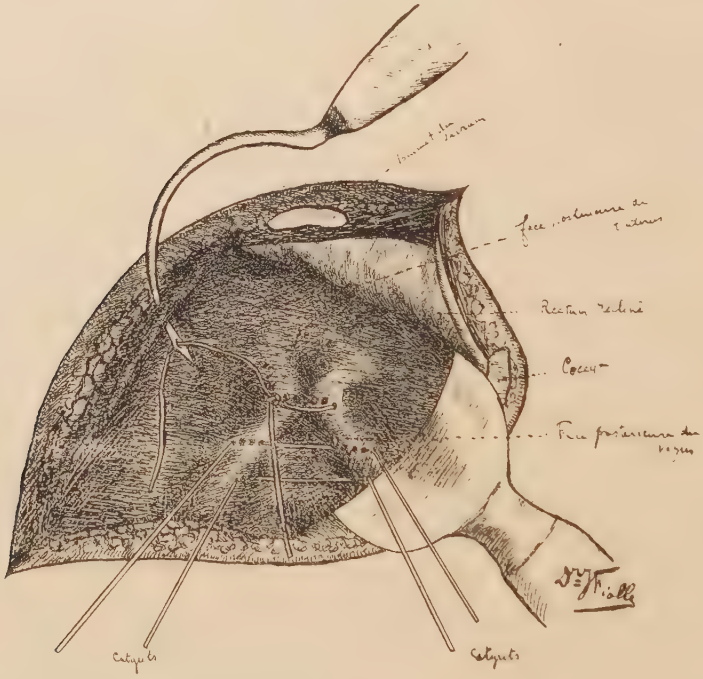

Fig. 5. — Prolapsus utérin. Colporrhaphie postérieure. Un fil est passé à travers le grand ligament sacro-sciatique.

5° *Myorraphie supérieure des releveurs* et de l'aponévrose périnéale profonde. Les releveurs sont repérés en avant du rectum et rapprochés par des points au catgut, retrécissant à volonté l'orifice vulvaire ;

6° *Vaginopexie postérieure.* — Les deux fils supérieurs rétrécissant le vagin sont passés à l'aide d'une aiguille à travers le grand ligament sacro sciatique en son milieu. On attire ainsi en arrière le cul de sac postérieur et partant le col. Double avantage: vaginopexie-hystéropexie et anteversion utérine. L'utérus bascule, en effet, en avant.

7° *Drainage et suture pariétale* comme d'ordinaire.

Mon frère, le Dr Jean Fiolle, a dernièrement pratiqué cette opération.

OBSERVATION N° 3 (Résumée)

Prolapsus utérin. Voie coccy périnéale. Infection. Septicemie. Escarres multiples. Malade en traitement.

M. A., 43 ans, salle Cazaulx, n° 14, Hôtel-Dieu.

Antécédents: règles abondantes durant quinze jours chaque fois. Cinq enfants dont un a vingt-quatre ans. Le dernier, né il y a quatre ans, était un énorme bébé. Accouchements excellents. Pas de déchirures ?

Le prolapsus débuta il y a quatorze ans. Cystocèle et abaissement du col. Depuis trois ans aggravation brusque.

Etat à l'entrée: cystocèle. utérus à mi-cuisse. Vaste ulcération de la lèvre antérieure du col. Douleurs vives du bas-ventre et des reins. Etat général très mauvais. Amaigrissement Déchéance physique prononcée.

Opérée le 6 février dernier (Dr Jean Fiolle), incision coccy périnéale. Libération vagin. Colporraphie postérieure à la soie. Vaginopexie. Un seul point sur les releveurs. La plaie est refermée sans drainage.

Suite: Deux jours après, température. On désunit la plaie, suppuration, aspect noirâtre et gangreneux des tissus. Pansements à l'eau oxygénée puis au Baume du Comman-

deur. Fusées purulentes sous-cutanées. Escarre sacrée. Escarre trochanterienne droite, loin de la plaie (1).

Désormais nous ferons les sutures au catgut et nous drainerons.

B Trompes-Ovaires. — Il est certains cas, comme se montre la belle observation que je dois à l'obligeance de mon Maître, M. le Professeur Delanglade, ou des collections tubaires ou rétro utérines peuvent être abordées par voie coccy périnéale.

OBSERVATION N° 4 (Résumée)

Collection tubaire ou rétro utérine? Colpotomie. Drainage insuffisant. Incision par voie coccy périnéale et drainage. Guérison.

Mme C., 40 ans environ. Pas d'antécédents génitaux notables. Au mois de juillet, la malade fut prise de vives douleurs anales à la défécation. Au toucher, cul de sac postérieur douloureux et tuméfié. Température très élevée. M. Delanglade pratique le 14 juillet une colpotomie. Mais le drainage se faisait mal. Quelques jours après la température ne baissait pas et l'état général empirant nouvelle intervention par M. Delanglade.

Incision coccy périnéale, recherche de la collection qui est ouverte et largement drainée. Le pus venu sans doute du Douglas avait perforé le péritoine et fusé autour du rectum. Le sacrum présentait des lésions d'ostéite. Un drain fenétré fait communiquer le vagin et la plaie extérieure en passant par le foyer.

---

(1) La malade vient de succomber à l'infection.

Les suites furent assez longues. Mais peu à peu l'état général redevint bon, la plaie vaginale se ferma. La suppuration tarit et depuis deux mois et demi environ cette malade, dont l'état fut à un moment désespéré. est absolument guérie. Je l'ai revue aujourd'hui. Elle a engraissé. Elle m'a déclaré qu'elle était dans un état de santé aussi bon qu'avant sa maladie.

v *Espace pelvi-rectal supérieur.* — Les abcès de la région sont justiciables, comme le montre d'ailleurs l'observation précédente de l'incision coccy périnéale. Je crois toutefois que la partie gauche de l'incision allant de l'ischion au coccyx, peut suffire sans désarticulation sacro coccygienne.

CONCLUSIONS

Je pense que:

1° La voie coccy périnéale est d'une technique facile, ne provoque aucun shock et ne présente aucun danger particulier;

2° On peut facilement par cette voie atteindre divers organes: vessie urétère inférieur, prostate, vésicules séminales, canaux déférents, cul-de-sac péritonéal postérieur, anse sigmoïde rectum, espace pelvi rectal supérieur chez l'homme; Releveurs, vagin, utérus, Douglas, trompes, ovaires, anse sigmoïde, rectum, espace pelvi rectal supérieur chez la femme et pratiquer sur chacun de ces viscères les opérations convenables;

3° Parmi ces opérations les meilleures sont:

A *La vésiculo deferentectomie* dans le cas de tuberculose génitale.

B *La technique du prolapsus* utérin malgré l'insuccès relaté plus haut (Ob. N° 3).

C *Urétérectomie inférieure* pour urétérite tuberculeuse après nephrectomie, puis:

D *Prostatectomie* pour néoplasme.

E *Cystectomie* pour papillome vésical à large implantation, etc.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 3 Mars 1911.
Pour le Recteur :
G. MASSOLE.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 3 Mars 1911.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !